

SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO Appendix B-2

Parte 1. Niños en escuela (Use una solicitud diferente para cada hijo de crianza)			Parte 2. Parte 2. El numero de caso de cupones para alimentos / Beneficios en Efectivo (Cash Assistance) / FDPIR		
Nombres de todos los niños en escuela (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Nombre de la Escuela	Grado	Si su(s) niño(s) tienen un número de caso por favor escríbalo aquí. Vaya a la parte 6.		

Parte 3. Si el niño para el que usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a [your school, homeless liaison, migrant coordinator at phone #]
 Sin Hogar Emigrante Abandonó su Hogar

Parte 4. Hijo de Crianza
 Si esta solicitud es para un niño que es responsabilidad de una agencia de bienestar social o una corte, marque este bloque
 luego anote la cantidad de ingreso personal que recibe el niño por mes: \$ _____. **Vaya a la parte 6.**

Parte 5. Ingreso bruto de su hogar—Usted debe anotar el monto y cuando lo recibe

1. Nombre (Anote a todos en su hogar)	2. Ingreso bruto y frecuencia <i>Ejemplo: \$100/mes \$100/dos veces al mes \$100/cada 2 semanas \$100/semanales</i>				3. Marque si no hay ingresos
	Ganancias del trabajo antes de deducciones	Asistencia de beneficios sociales (pensiones, subsidio de desempleo, Ingresos de Seguro Social)	Pensiones de jubilación (de la familia)	Otros Ingresos	
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>

Parte 6. Firma y Número de Seguro Social (Acto de Privacidad)
 Un miembro adulto de la familia que completa la parte 4, el adulto que firma la solicitud deberá anotar su número de Seguro Social o marcar si no tiene número de Seguro Social. (Vea el Acta de Privacidad al dorso.)

Prometo que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que yo provea. Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar dicha información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.

Firme Aquí: X _____ Nombre deletreado: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ No tengo número de Seguro Social

Parte 7. Identidad étnica y racial de los niños (opcional)
Marque una o más de las identidades raciales:
 Asiático Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska Hispano Latino
 Blanco Hawaiano o de otra isla del Pacífico No Hispano ni Latino
 De raza negra o Afro-Americano Otro

No escriba en esta área. Esto es para uso oficial de la escuela.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24 Monthly x 12

Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year Household size: _____

Categorical Eligibility: ___ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free ___ Reduced ___ Denied ___ Reason: _____

Temporary Free: ___ Time Period: _____ (expires after ___ days)

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____ Follow-up Official's Signature: _____ Date: _____

Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a precio reducido si el ingreso familiar está dentro de los límites de esta tabla.

TABLA FEDERAL DE INGRESOS			
Para el Año Escolar 2005-2006			
Tamaño del Hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	\$17,705	\$1,476	\$341
2	\$23,736	\$1,978	\$457
3	\$29,767	\$2,481	\$573
4	\$35,798	\$2,984	\$689
5	\$41,829	\$3,486	\$805
6	\$47,860	\$3,989	\$921
7	\$53,891	\$4,491	\$1,037
8	\$59,922	\$4,994	\$1,153
Cada persona adicional:	\$6,031	\$503	\$116

Declaración del Acta de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos provea.

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar, Richard B. Russell, exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que proveer la información pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Se requiere el número de Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted anota el nombre del caso de Condiciones para Alimentos, Beneficios en Efectivo (Cash Assistance) o las siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) asignados a los niños para los cuales está solicitando. También es necesario proveer el número de Seguro Social si usted indica que el miembro adulto del hogar que firmó la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Nosotros usaremos su información para evaluar si usted califica para comidas gratis o a precio reducido, para desarrollar el programa y para hacer cumplir con las reglas del programa. Nosotros PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudar a esos programas a evaluar, financiar o determinar beneficios; con auditores que revisan los programas; con personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones a las reglas de estos programas.

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente. De acuerdo con la ley federal, el Departamento de Agricultura, está prohibido que este programa discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escribir a: U.S. Department of Agriculture, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410 o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA no discrimina en sus programas y empleo.